

# 使用和透露健康資訊授權表



## 會員請注意：

- 填寫本表格就會允許 Health Net, LLC 可 (i) 基於特定目的使用您的健康資訊，和 (或) (ii) 與您在本表格上指名的個人或實體分享您的健康資訊。
- 您不一定要簽署本表格或允許使用或分享您的健康資訊。如果您不簽署本表格，您在 Health Net 享有的服務和福利不會有任何改變。
- 有權取消 (撤銷)：本授權 / 同意表可隨時撤銷，但 Health Net 或其他合法持有您健康資訊的單位已根據您同意分享而採取的行動不在此列。如果您想取消本授權表，請填寫第 3 頁的撤銷表，然後郵寄到該頁最下面所列的地址。
- Health Net 無法承諾您允許我們與其分享您健康資訊的個人或團體不會再與其他人分享您的健康資訊。
- 請將您寄給我們的所有表格都留存複本。如有需要，我們可以郵寄複本給您。
- 填寫本表格上的所有資訊。填寫完畢時，請郵寄到第 2 頁最下面所列的地址。

## 會員資訊

會員姓名 (請以正楷填寫)：

會員出生日期： / /

會員卡號碼：

**我允許 Health Net 基於指定目的使用我的健康資訊以及與下列指名的個人或團體分享我的健康資訊。核准的目的是：**

- 允許 Health Net 提供我福利和服務方面的協助。
- 允許 Health Net 使用或分享我的健康資訊，用於 \_\_\_\_\_。

## 可收受資訊的個人或團體 (第 2 頁可填寫更多個人或團體)

個人姓名或團體名稱：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：

## 我同意 Health Net 使用或分享以下健康資訊：

- 我全部的健康資訊 (其中包括：基因資訊、服務或檢測結果。也包括 HIV/AIDS 資料和記錄以及精神健康資料和記錄 [但不包括心理治療記錄]。健康資訊也包括處方藥資料和記錄，以及藥物與酒精資料和記錄)：或
- 我全部的健康資訊，但以下例外 (勾選所有適用的方框)：
  - 基因資訊、服務或檢測
  - HIV/AIDS 資料和記錄
  - 藥物和酒精資料和記錄
  - 精神健康資料和記錄 (但不包括心理治療記錄)
  - 處方藥資料和記錄
  - 其他： \_\_\_\_\_

## 授權期限

本授權表到期日期為 / / (月/日/年)。效期最多一年。如果沒有註明日期，本授權於以下所載日期一年後到期。

會員簽名(會員或法定代表在此簽名)：

日期：

/ /

如果您為會員簽署，請在下方說明您與會員的關係。如果您是會員的個人代表，請在下方說明。而且，請郵寄給我們相關證明複本(例如授權書或監護權命令)。

## 其他可收受資訊的個人或實體

**備註：**如果您同意將任何物質使用失調記錄透露給第三方付款人或您接受服務的診療服務提供者所在的醫療保健服務提供者、機構或方案以外的收受人，例如健康保險交易所或研究機構(下稱「收受實體」)，您必須指明您在收受實體接受其服務的診療服務提供者之個人姓名或實體名稱，或直接陳述您的物質使用失調記錄可透露給您目前和未來在該收受實體的診療服務提供者。

個人姓名或實體名稱：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：

個人姓名或實體名稱：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：

個人姓名或實體名稱：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：

### 請將填妥的表格郵寄到：

Health Net Eligibility Department, P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

電話：800-275-4737，傳真：844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, LLC 和 Centene Corporation 的子公司。  
Health Net 是 Health Net, LLC 的註冊服務標章。保留所有權利。

FRM207452CH01w (5/21)

# 撤銷使用和 (或) 透露健康資訊 授權表



我想取消或撤銷我之前同意 Health Net 基於特定目的使用我的健康資訊或同意其與個人或團體分享我的健康資訊的授權書。

之前收受資訊的個人或團體			
個人姓名或團體名稱：			
地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	電話：
授權表簽名日期 (若知道)：     /     /			
會員資訊			
會員姓名 (請以正楷填寫)：			
會員出生日期：     /     /	會員卡號碼：		
我瞭解，我的健康資訊可能因為我之前同意而已經使用或與人分享 (如果需要，包括我的物質使用失調記錄)。我也知道，本次取消只適用我同意基於特定目的使用我的健康資訊或與個人或團體分享我健康資訊的授權表。 <b>並不會取消任何其他我已簽署的核准表格</b> ，而仍可將我的健康資訊：			
1. 用於其他目的。			
2. 與其他個人或團體分享。			
會員簽名 (會員或法定代表在此簽名)：		日期：	
如果您為會員簽署，請在下方說明您與會員的關係。如果您是會員的個人代表，請在下方說明。而且，請郵寄給我們相關證明複本 (例如授權書或監護權命令)。			

Health Net 收到本表格並處理完畢後，就會停止使用或分享您的健康資訊。請使用下方的郵寄地址。您也能撥打下方的電話號碼要求協助。

## Health Net Eligibility Department

P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

電話：800-275-4737，傳真：844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, LLC 和 Centene Corporation 的子公司。  
Health Net 是 Health Net, LLC 的註冊服務標章。保留所有權利。